



Documento Consentimiento Informado

CIRUGÍA UNGUEAL WINOGRAD

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su Podólogo/a todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE:

D./Dña. de años de edad, Historia
Clínica nº, DNI nº y con domicilio en:
.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO:

D./Dña. de años de edad, con domicilio en
..... DNI nº, en calidad de
..... del paciente. (Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho).

DECLARO: Que el/la Podólogo/a D./Dña., número
de Colegiado/a, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el
procedimiento/tratamiento: **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ONICOCRIPTOSIS POR TÉCNICA DE WINOGRAD.**

He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1.- El objetivo de la técnica es **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ONICOCRIPTOSIS POR TÉCNICA DE WINOGRAD.**

2.- El/La podólogo/a me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me ha informado.

3.- El tratamiento consiste en
.....
..... mediante la técnica quirúrgica de WINOGRAD.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como la recidiva, y que pueden ser necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas.

El/La podólogo/a me ha advertido que cabe la posibilidad de que existan o aparezcan complicaciones postoperatorias y que, en caso de que notase cualquier alteración debo consultarle inmediatamente. También me ha advertido el/la podólogo/a que son posibles complicaciones poco frecuentes, que incluyen sangrado, infección de la herida, edema, dolor en la zona de la operación y reacción a los anestésicos empleados, que pueden provocar una reacción alérgica ocasionalmente grave, y que la calidad de la cicatriz depende, además de la técnica de sutura realizada y de los cuidados de la herida, de factores personales, por lo que puede quedar una cicatriz poco estética que requiera posteriores actuaciones, y una complicación grave aunque poco frecuente como sería la osteomielitis, necrosis de los tejidos y en muy pocas ocasiones puede desembocar en la amputación del dedo.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:
.....



El/La podólogo/a me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

5.- En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el/la podólogo/a. También he sido informado de que es poco probable que mi caso se pueda resolver sin intervención quirúrgica y de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

6.-Autorizo, expresamente, a el/la podólogo/a a grabar o realizar fotografías durante el proceso quirúrgico con fines exclusivamente científicos y preservando la intimidad y el anonimato del paciente.

7.- Sé que, tras la extirpación de la pieza operatoria, si fuera necesario será examinada por el Laboratorio de Anatomía Patológica, y que el coste de dicho análisis será asumido por mí, el/la paciente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la podólogo/a me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el/la podólogo/a podría variar la técnica quirúrgica programada. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Me considero satisfecho/a con la información recibida y comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Y en tales condiciones, libre y voluntariamente,

HE DADO MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el procedimiento/tratamiento	NO CONSIENTO someterme al procedimiento/ tratamiento indicado
Fdo. Paciente o representante	Fdo. Paciente o representante

En, a de.....de.....

Fdo. Podólogo/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: D./Dña. **Finalidad:** Prestación de asistencia médica solicitada.

Legitimación: Cumplimiento de una obligación legal, del artículo 9.2. h) del RGPD (UE) 2016/679. **Destinatarios:** Le informamos que sus datos NO van a ser cedidos o comunicados a terceros, la empresa es la única responsable para su tratamiento y custodia, excepto a organismos de la Administración Pública y Autoridades competentes en aquellos casos en que nos requieran legalmente o en los casos en que, actuando de buena fe, consideremos que tal acción es razonablemente necesaria para cumplir con un proceso judicial; para contestar cualquier reclamación o demanda jurídica; o para proteger los derechos de la empresa o sus clientes y el público en general. **Derechos:** Le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación, enviando un correo electrónico, acreditando fehacientemente su identidad a nuestra dirección electrónica: o enviándolo por correo postal a la Sede

Los interesados tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control y solicitar la tutela de derechos que no hayan sido debidamente atendidos a la Agencia Española de Protección de datos a través de la sede electrónica de su portal web (www.agpd.es), o bien mediante escrito dirigido a su dirección postal (C/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid).

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web:



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, D./Dña.,
en mi calidad de paciente.

D./Dña., en
mi calidad de representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, de D./Dña.
.....

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento,
que doy con esta fecha por finalizado.

En, a de de

Fdo. Paciente, representante legal, familiar o persona vinculada de hecho